

ESTE AVISO LE EXPLICA LA FORMA EN LA QUE LA INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ELLA POR FAVOR REVISE ESTO CON CUIDADOSAMENTE.

Fecha Efectiva: 14 de Abril, 2003

Prácticas Sobre Confidencialidad:

Arizona Health Care Cost Containment System (el Sistema de Contención de Costos de Cuidado de Salud de Arizona, cuyas siglas en inglés son AHCCCS), incluyendo Health Care Group Administration (la Administración del Grupo de Cuidados para la Salud, cuyas siglas en inglés son HCGA) y el Programa Premium Sharing (Gastos Compartidos), están todos dedicados a proteger la información sobre su salud. Este aviso le explica la forma en la que AHCCCS usará, compartirá y protegerá la información sobre su salud bajo estos programas. También le explica sus derechos de privacidad con respecto a información sobre su salud según lo requerido por la ley. Si nuestras prácticas sobre confidencialidad cambian, se le enviará un aviso por correo a no más de sesenta (60) días a partir del cambio.

Si usted está inscrito con un Plan de Salud de AHCCCS o con un Contratista de Programa, usted debe recibir un aviso como éste de parte de su Plan de Salud, Programa Contratista y de sus proveedores explicándole la forma en la que cada uno de ellos usará, compartirá y protegerá su información, explicándole sus derechos, y explicándole cómo quejarse al Plan de Salud, Contratista de Programa o proveedores sobre cualquier problema que usted pueda tener con ellos con respecto a la privacidad de su información. El resto de esta noticia usa el nombre "Plan de Salud" para denotar un Plan de Salud o un Contratista de Programa de cuidado de largo término.

Usos, Distribución y Protección de Información sobre la Salud:

La ley solamente le permite a nuestros empleados utilizar su información de salud cuando están haciendo su trabajo o distribuir su información cuando esto es necesario para el funcionamiento de los programas de AHCCCS. Cuando la información sobre la salud es compartida con otras agencias u organizaciones, les requerimos a estas agencias mantener la información sobre su salud confidencial.

La información sobre su salud será divulgada para aprobar o rechazar tratamiento y para determinar si usted está obteniendo el tratamiento médico adecuado. Por ejemplo, los/las doctores/as y enfermeros/as empleados en estos programas pueden revisar el plan de tratamiento creado para usted por su proveedor de cuidado de salud para asegurarse de que el cuidado que usted recibe sea médicamente necesario.

Los Programas Usarán y Compartirán la Información Sobre Su Salud para:

- Decir qué pagarle a su plan de salud.
- Pagarle a su plan de salud y a los proveedores de su cuidado de salud por los servicios médicos que se le hayan dado a usted.
- Coordinar el pago por su cuidado entre el programa, su plan de salud, otros planes de salud, y otras compañías de seguro que puedan ser responsables por el costo de su cuidado.
- Coordinar su cuidado entre el programa, su plan de salud, otros planes de salud y proveedores de cuidado de salud para mejorar la calidad de su cuidado de salud.
- Evaluar el rendimiento de sus proveedores de cuidado de salud y su plan de salud si a usted se le ha asignado uno. Por ejemplo, el programa se comunica con los consultores para revisar los archivos médicos del hospital y otras facilidades para determinar la calidad de cuidado que usted recibió.
- Poner información disponible a los abogados, contadores y consultores del programa para que el programa pueda funcionar eficientemente y para detectar y procesar fraude y abuso del programa.
- Enviarle a usted información útil, tal como información sobre selecciones de planes de salud y la última información sobre beneficios del programa, exámenes médicos gratis e información sobre protección al consumidor.
- Compartir información con otras agencias gubernamentales u organizaciones que suministran beneficios o servicios cuando la información es necesaria para que usted reciba esos beneficios o servicios.

El Programa Puede Divulgar la Información Sobre Su Salud:

- A agencias de salud públicas para actividades tales como control y prevención de enfermedades, problemas con productos médicos o con medicinas.
- Si usted es la víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- A agencias que supervisan la salud y que son responsables del Programa de Medicaid, tales como el U.S. Department of Health and Human Services (el Departamento de Salud y de Servicios Humanos de los U.S.) y Office of Civil Rights (la Oficina de Derechos Civiles).
- En casos del tribunal o audiencias judiciales y administrativas cuando es requerido por la ley para el funcionamiento del programa.
- A médicos forenses, investigadores médicos y directores de funerales para que ellos puedan llevar a cabo sus trabajos según lo requerido por la ley.
- A organizaciones involucradas con donaciones y transplantes de órganos, registro de enfermedades transmisibles y registros de cáncer.
- A entidades autorizadas para llevar a cabo un proyecto de investigación.
- Para prevenir una amenaza seria a la salud de una persona o a la salud y seguridad públicas.
- A las fuerzas armadas si usted es o ha sido miembro de las fuerzas armadas.
- A una institución penitenciaria o a oficiales de la fuerza pública para mantener la salud y la seguridad en los sistemas penitenciarios, si usted se encuentra bajo custodia.
- A programas de compensación de trabajadores que suministran beneficios por lesiones laborales o enfermedades sin importar la causa.
- Para el cumplimiento de la ley o la seguridad nacional e información secreta y para proteger al Presidente y a otros según lo requerido por la ley.

NOTICIA DE AHCCCS SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Sus Derechos de Privacidad:

La información sobre su salud no será dada a conocer sin su permiso por escrito con excepción de lo explicado en este aviso o lo requerido por la ley. Usted puede dar permiso para que la información se dé a conocer en otros casos completando la solicitud de "AHCCCS Authorization to Disclose" ("Autorización de Divulgación de AHCCCS") y usted puede revocar este permiso por escrito en cualquier momento.

CUALQUIER SOLICITUD QUE LE HAGA A AHCCCS DEBE SER POR ESCRITO

Sus Otros Derechos Concernientes a la Información de Su Salud Incluyen el Derecho a:

- Ver y Obtener Copias de Sus Documentos. Puede que se le cobre por el costo de copiar sus documentos.
- Solicitar Enmendar o Corregir Sus Documentos si usted cree que hay un error. Usted debe suministrar una razón para su solicitud.
- Obtener una Lista de Divulgaciones hechas después del 14 de abril, 2003. Esta lista no incluirá el momento en que la información fue divulgada para tratamiento, pago u operaciones de cuidados de salud. La lista no incluirá información suministrada directamente a usted o a su familia o información que fue enviada con su autorización.
- Más Limitaciones de Usos y Divulgaciones de la Información Sobre Su Salud. Usted debe informarle a AHCCCS sobre la información que usted desea limitar y a quién quiere que se le apliquen esas limitaciones. AHCCCS no está obligado a estar de acuerdo con la restricción.
- Cancelar Autorizaciones que usted suministró a AHCCCS anteriormente. Sin embargo, esta cancelación no afectará ninguna información que ya se haya divulgado.
- Escoger la Forma en la Que el Programa Se Comunica con Usted, en una cierta forma o en un cierto lugar.
- Presentar una Queja si usted no está de acuerdo con la forma en que AHCCCS ha usado o divulgado información sobre usted.
- Obtener una Copia en Papel de este Aviso en cualquier momento.

CUALQUIER SOLICITUD QUE LE HAGA A AHCCCS DEBE SER POR ESCRITO

Cómo Comunicarse con AHCCCS con Respecto a Sus Derechos de Privacidad:

Envíe todos los documentos escritos, solicitudes y correspondencia a:

AHCCCS Administration

ATTN: Privacy Officer
701 East Jefferson, MD 6200
Phoenix, AZ 85034

El Oficial de Privacidad puede rechazar su solicitud de ver, copiar o cambiar sus documentos. Si AHCCCS le niega su solicitud, AHCCCS le enviará una carta diciéndole por qué le ha sido negada su solicitud y si usted puede solicitar una revisión de ese rechazo. Usted también podrá recibir información sobre cómo presentar una queja a AHCCCS o al U.S. Department of Health and Human Services-Office of Civil Rights (Departamento de Salud y Servicios Humanos de los U.S.-Oficina de Derechos Civiles).

Cómo Presentar una Queja:

Usted puede presentar una queja a AHCCCS o al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los U.S.—Oficina de Derechos Civiles:

Enviando su correspondencia a:

AHCCCS Administration

ATTN: Privacy Officer
701 East Jefferson, MD 6200
Phoenix, AZ 85034

O a la:

Office for Civil Rights

Medical Privacy, Complaint Division
U.S. Depart. of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW,
HHH Building, Room 509H
Washington, D.C. 20201

Para Más Información:

Si usted tiene alguna pregunta sobre este aviso o si necesita más información, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de AHCCCS (AHCCCS Privacy Officer).

AHCCCS puede cambiar este Aviso sobre Prácticas de Privacidad. Cualquier cambio se aplicará a información que AHCCCS ya tenga, así como a cualquier información que AHCCCS pueda obtener en el futuro. Una copia de cualquier aviso nuevo se pondrá en la Oficina de Administración de AHCCCS (AHCCCS Administration Office) así como en su página electrónica. Usted puede solicitar una copia del aviso actual en cualquier momento, u obtenerla en línea en el: www.ahcccs.state.az.us.

Para Llamar a AHCCCS:

De los códigos de área 480, 602 o 623, llame al 602-417-7000. Para llamar del resto de Arizona, llame al 1-800-962-6690.